Rok LXIII. Kraków 1 Października 1904. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cięcie śródotrzewnowe i szew sznurówkowy przy operacyach na pęcherzu moczowym.

Podał

Dr. Józef Bogdanik.

Czytając w podręcznikach chirurgicznych opis wysokiego cięcia pęcherza moczowego, znachodzimy ostrzeżenie, aby starannie unikać otwarcia otrzewnej. Radca dworu Rydygier podał wprawdzie swój sposób całkiem odmienny, aby sobie torować drogę do pęcherza moczowego od jego ściany tylnej otrzewną pokrytej. Na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie jeszcze raz tę sprawę omawiał, żaląc się, że cięcie jego i sposób zakładania szwu na pęcherz jeszcze nie znalazł ogólnego uznania, jakkolwiek go wypróbował w licznych doświadczeniach na psach, niemniej u ludzi. Przyznam się, że mi trafił do przekonania sposób ten, czemu dałem wyraz w dyskusyi, nie zastosowałem go jednak tylko dla braku odpowiedniego materyału w Białej. Mając zaś sposobność po temu, użyłem cięcia śródotrzewnego i tem chętniej opiszę przypadek dotyczący, żem się przekonał o zaletach tej metody.

Dnia 4/VII 1904 r. zgłosił się na mój oddział *M. K.*, mężczyzna liczący lat 49, u którego znaleziono *papillomata vesicae urinariae*. Po odpowiedniem przygotowaniu chorego, otworzyłem dnia 5/VII w uśpieniu chloroformowem jamę brzuszną w linii białej nieco poniżej pępka, a następnie naciąłem pęcherz moczowy, poprzednio napełniony roczynem kwasu borowego. Cięcie poprowadziłem od tylnej ściany pęcherza pokrytej otrzewną Przyżegawszy wybujałości żegadłem Paquelina, zaszyłem ranę w pęcherzu warstwowo katgutem karbolowym. Pierwszy szew kuśnierski obejmował tylko warstwę mięsną pęcherza, drugi zaś szew poprowadziłem przez otrzewnę, Aby ułatwić przyleganie do siebie otrzewnej i szczelnie złączyć brzegi ran w pęcherzu, użyłem szwu sznurówkowego. Na oba końce nitki katgutowej nawlokłem igły i rozpocząłem szew nieco powyżej rany w pęcherzu, w które wbiłem obie igiełki nieco ukośnie tak, że się igły skrzyżowały wśród błony mięsnej pęcherza, nie przechodząc przez błonę śluzową, a następnie wyciągnąłem igły przez otrzewnę po obu stronach rany. Skrzyżowawszy końce nitki po nad otrzewną, powtarzałem szycie, póki nie spoiłem brzegów całej rany, a końce nitki naprężonej związałem dopiero nieco po nad przeciwnym końcem rany pęcherza. Szew ten sprawia szczelne przyleganie brzegów rany, które się nie mogą rozstąpić nawet przy silnem napełnieniu pęcherza. Przylegające zaś do siebie brzegi otrzewnej rychło się zrastają. Następnie zaszyłem warstwowo ranę w powłokach brzusznych, pozostawiając sączek w dolnym odcinku rany. Do pęcherza wprowadziłem cewnik komornem (*à demeure*), wreszcie ranę opatrzyłem. Do szwów pogłębionych użyłem katgutu karbolowego, do powierzchownego zaś szwu w skórze *fil de Florence*. Wewnętrznie zaś dostał chory 3·00 helmitolu dziennie.

Przebieg pooperacyjny był całkiem gładki. Podwyższenia ciepłoty nie stwierdzono, a rana zagoiła się szybko. Szóstego dnia usunięto cewnik i odtąd chory dobrowolnie mocz oddawał; sączek usunięto ósmego dnia, a szew skóry z *fil de Florence* dnia dwunastego. Mocz z początku był nieco krwawy, oczyszczał się jednak z każdym dniem Dnia 23/VII 1904 roku t. j. w ośmnaście dni po operacyi chory opuścił szpital — całkiem wyleczony.

Niemal równocześnie operowano w szpitalu zaotrzewnowo drugiego chorego z cierpieniem analogicznem, dlatego i tę historyę choroby w krótkości streszczę.

B. K., liczący lat 31, przyjętym został do szpitala z rozpoznaniem: *papillomata vesicae urinariae* i tegoż dnia został operowany. Cięcie poprzeczne skóry poprowadzono ponad spojeniem kości łonowych, nacięto przyczepy mięśni prostych brzucha i dodano cięcie podłużne w głębi w kierunku smugi białej. Tkankę tłuszczową oddzielono na tępo palcami, a gdy się odsłoniła przednia ściana pęcherza, przewleczono przez całą jej grubość dwie nitki jedwabne, mianowicie jedną koło szyjki, a drugą blisko szczytu. Pomiędzy napiętemi pętlami jedwabiu przecięto podłużnie ścianę pęcherza, poczem wypłynęła woda borowa, poprzednio zastrzyknięta do pęcherza. Ziarninę na tylnej powierzchni błony śluzowej pęcherza przyżegnięto na rozległej przestrzeni żegadłem Paquelina, a następnie zaszyto ranę w pęcherzu, zapuściwszy poprzednio nieco adrenaliny z powodu broczenia z błony śluzowej pęcherza i umieściwszy cewnik Nelatona komornem. Chory miał się po operacyi całkiem dobrze. Mocz, zawierający początkowo dużo krwi, stawał się coraz bledszym. Cewnik usunięto ósmego dnia, a odtąd chory sam mocz oddawał Zabliźnienie rany w powłokach brzusznych trwało atoli nieco dłużej. Chory opuścił zakład dnia 23/VIII 1904 t. j. w 38 dni po operacyi z małą ziarniną. Operacyę tę wykonał prof. Dr. Kader.

Dwa te dosyć do siebie podobne przypadki chorobowe, operowane dwoma rozmaitemi sposobami nadają się do zestawienia porównawczego. W przypadku pierwszym zastosowano cięcie śródotrzewnowe, zalecane przez prof. Rydygiera; w drugim przypadku zaś operowano zaotrzewnowo, przecinając powłoki brzuszne poprzecznie powyżej spojenia kości łonowych, w sposób zalecany przez Kochera. Prze-

bieg pooperacyjny w obu przypadkach przeszedł bez żadnych powikłań; stan ogólny był dobry, a w szczególności rany w pęcherzu wygoiły się szybko, a szwy moczu nie przepuszczały. Nieco dłuższego czasu wymagało zagojenie się rany brzusznej w przypadku drugim, gdzie powłoki przecięto poprzecznie ponad spojeniem kości łonowych. Przecięte mięśnie proste rozstąpiły się, a zabliźnienie postępowało powoli. Przyznać jednak trzeba, że cięcie to toruje nam wygodniejsszy dostęp do pęcherza. Co się tyczy śródotrzewnowego przecięcia pęcherza przyznać muszę, że utrudnia ono pracę, boć mniej dogodną jest droga przez tylną ścianę pęcherza, aniżeli przez przednią, a do tego liczyć się trzeba z rozpowszechnioną obawą zakażenia otrzewnej. Obawa ta nie jest jednak całkowicie usprawiedliwioną, jeżeli tylko treść pęcherza nie jest gnilną i jeżeli się pęcherz przed operacyą należycie odkazi. Sądzę przytem, że napełnienie pęcherza przy cięciu śródotrzewnowem nie jest tak potrzebnem, jak przy cięciu zaotrzewnowem. Przy tym sposobie operowania bowiem napełnić pęcherz musimy, aby się otrzewna jak najbardziej oddaliła od spojenia kości łonowych właśnie dlatego, aby operujący przypadkiem jej nie naciął. Przy cięciu śródotrzewnowem odpada to wskazanie i wystarczy, jeżeli zgłębnikiem metalowym, wprowadzonym do pęcherza, ścianę jego wypuklimy. Po nacięciu tedy ściany próżnego pęcherza ciecz żadna do jamy otrzewnowej nie dostanie się. Ważnem atoli jest szczelne zeszycie przeciętej ściany pęcherza. Materyał nie ulegający wessaniu nie zaleca się, daje bowiem jako ciało obce w pęcherzu powód do osadzania się kamienia. Używałem przeto wyłącznie katgutu karbolowego, jak to czyni bardzo wielu chirurgów. Nie zakładam również szwu węzełkowego, albowiem w razie napełnienia się pęcherza powiększają się odstępy pomiędzy poszczególnym szwami i przez nie płyn przeciskać się może. Aby temu zapobiedz, zakłada się szew kuśnierski, a jeszcze lepiej wyżej opisany szew sznurówkowy. Na jedno jeszcze uważać należy, mianowicie, żeby zakładanie szwu rozpocząć nieco powyżej rany, a zakończyć go dopiero powyżej rany. Sądzę nawet, iż szew sznurówkowy jednowarstwowy wystarczyć powinien.

W obu przypadkach tedy wygojenie się nastąpiło gładko, a szew pęcherza trzymał dobrze, moczu nie przepuszczając tak, że szóstego dnia można było cewnik usunąć. Rana w powłokach brzusznych tylko rychlej się wygoiła u chorego operowanego śródotrzewnowo. Uwzględniając tedy jedynie ranę w pęcherzu, obie metody równe dały wyniki. Że jednak cięcie zaotrzewnowe jest łatwiejszem, trzeba je będzie uważać za cięcie szkolne. Cięcie śródotrzewnowe zaś poleca się wprawniejszym operatorom, aby na podstawie rozleglejszego materyału można było wypowiedzieć ostateczne zdanie o tej metodzie.

II. Nowy przyrząd do odkażania rąk.

Podał

Dr. Feliks Hahn,
c. k. lekarz pułkowy 20 pułku obrony kraj. (Stanisławów).

Wszystkie dotychczas znane sposoby wyjaławiania rąk kładą główny nacisk na mechaniczne ich oczyszczenie mydłem i wodą przy pomocy szczotki lub wiór, w którym to celu użyć należy wody płynącej, przegotowanej i ile możności gorącej.

Tym wymogom odpowiadają tylko urządzenia klinik i większych szpitali, w szpitalach zaś mniejszych i w praktyce prywatnej używa się jak najprostszych sposobów, bądź to odnawiając kilkakrotnie wodę w miednicy, bądź też posługując się pomocnikiem, który od czasu do czasu odkręca lub zakręca kurek kociołka, zawierającego wodę, lub nalewa wodę z dzbanka na ręce.

By tę lukę w odkażaniu rąk wypełnić, obmyśliłem przed trzema laty następujący prosty przyrząd *):



Składa się on z żelaznego rusztowania wysokości $1^1/_2$ m, z blaszanego kociołka o podwójnych ścianach, lejkowatem dnie, zakończonem rurką metalową, zgiętą w kształcie *s*, z miednicy emaliowanej i emaliowanego wiaderka.

Kociołek, pojemności $12^1/_2$ l., można z łatwością zdjąć z rusztowania, a rurę odśrubować. Tuż pod kociołkiem znajduje się kurek, który otwiera się za pomocą pedału, poczem woda wypływa pod dość silnem ciśnieniem. Przez otwór, znajdujący się w tylnej górnej części kociołka, wypełnia się przestrzeń między ścianami złym przewodnikiem ciepła (najprościej popiołem).

Mierzenie ciepłoty wykazało, że np. woda 36° R (45° C) po 4 godzinach posiada jeszcze ciepłotę 32° R (40° C), a zatem przy odkażaniu mechanicznem rąk zupełnie jeszcze wystarczającą.

Możnaby jeszcze lepiej zapobiedz ochładzaniu się wody, gdyby i nakrywka miała ściany podwójne i również wypełniona była złym przewodnikiem ciepła.

Nie zawsze jednak zależy na tem, by mieć wodę gorącą przez czas dłuższy; nieraz chodzi o to tylko, by na krótki przeciąg czasu (1—2 godzin) mieć wodę płynącą o pożądanej ciepłocie. Wtedy wystarcza nawet kociołek o ścianach pojedynczych, jaki np. sporządzono według opisanego wzoru dla oddziału chorych (Marodenabteilung) 20-go pułku obrony krajowej w Stanisławowie. Kociołek ten, na pozór mały, zawiera 25 litrów.

III. Błonica i dławiec, leczone surowicą i bez surowicy [1]).

Podał

Dr. J. Fels.

Od czasu leczenia błonicy surowicą ukazały się już bardzo liczne sprawozdania z klinik i szpitali, uwidoczniające świetne wyniki tego leczenia. Pragnę podać tutaj swoje wyniki leczenia błonicy i dławca od października 1898 r., więc z przeciągu blisko 6 lat praktyki prywatnej. W praktyce widzi się chorych często o wiele wcześniej, niż

*) Do nabycia w fabryce przyrządów chirurgicznych Georgeona i Trepczyńskiego we Lwowie.

[1]) Wykład, zapowiedziany na posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 8 lipca 1904.

na klinikach i szpitalach, gdzie znowu przeważają przypadki ciężkie i zawikłane. Rozpoznań swoich nie sprawdzałem bakteryologicznie, co napotyka jeszcze na różne trudności techniczne, lecz opierałem je tylko na podstawie wybitnych objawów chorobowych. Takimi są w błonicy, jak wiadomo, ciężki stan ogólny, ból głowy, nudności, gorączka, która zresztą często może być tylko mierną lub zupełnie brakować, tętno częste, obrzęk gruczołów podszczękowych, bole przy łykaniu, dochodzące nieraz do uszu, obrzmienie i zaczerwienienie gardła, dalej żółte lub szaro-żółte naloty i błonki na migdałkach i podniebieniu miękkiem, dość często wydzielina surowiczo-śluzowa lub ropna z nosa jako wyraz błonicy nosa, oraz często — białkomocz. Objawy zaś w prawdziwym dławcu krtani są następujące: gorączka, duszność, szczególnie zaś wdech i wydech przedłużony i utrudniony, przytem piejący lub świszczący i daleko słyszalny (*stridor*), wciąganie dołka nadmostkowego, nadpępcza i całej dolnej części klatki piersiowej, oraz sinica, głos szorstki, ochrypły i kaszel bezdźwięczny, a co jest ważnem znamieniem dla odróżnienia od dławca wrzekomego, to, że stan ten trwa dłużej, zarówno w dzień, jak i w nocy, natomiast dławiec wrzekomy występuje najczęściej w nocy. Zważywszy, że dokładne opisy, jak i poznanie błonicy Bretonneau'a oraz dławca pochodzą z czasów dawniejszych i że obraz tej choroby określają przedewszystkiem objawy kliniczne, to nie można wątpić w trafność rozpoznania pomimo braku badania bakteryologicznego, jeżeli tylko objawy kliniczne są znamienne. Zresztą we wszystkich tych przypadkach, w których w gardle stwierdzamy błony dyfterytyczne lub krupowe, wynik dodatni badania bakteryologicznego jest prawdopodobnym; ponieważ jednak to badanie zajmuje nieraz zbyt wiele drogiego czasu, to stąd wynika reguła, że jeśli lekarz klinicznie rozpozna błonicę, powinien zaraz wstrzyknąć surowicę, nie czekając na badanie bakteryologiczne. Co do prawdziwego dławca krtani, to spostrzegamy, jak wiadomo, przypadki, w których dławiec występuje równocześnie lub następowo z błonicą gardła i samoistne przypadki zmian dławcowych krtani, które rzadko szerzą się następowo ku gardłu, lub też ku dołowi na tchawicę i oskrzela. W przypadkach pierwszego rodzaju etyologia błonicza nie ulega żadnej wątpliwości, lecz i co do drugiego rodzaju przypadków badania najnowsze wykazały, że po największej części są one wywołane przez prątki Loefflera, że zatem leczenie surowicą przeciwbłoniczą jest tu również w każdym przypadku wskazane. Nieraz też w przypadkach samoistnego dławca krtani błon w gardle wprawdzie nie dostrzegamy, ale może były wcześniej i oddzieliły się, zanim nam przedstawiono chorego; kiedyindziej niema błon w gardle, ale widoczne są w nosie.

Także leczenie błonicy surowicą przestało już być poniekąd rzeczą nową i uznane jest już obecnie prawie przez wszystkich lekarzy za największą zdobycz medycyny nowoczesnej tak, że prawie nikt więcej nie wątpi w jego skutek zbawienny. Mimo to sprawa surowicy jest tak ważną dla każdego, że warto jeszcze raz do niej powrócić. Spostrzeżenia moje co do leczenia błonicy i dławca pochodzą z ostatnich sześciu lat, a więc z ery surowiczej; nie mogę więc w całej pełni porównywać wyników dawniejszego leczenia z dzisiejszem, jak starsi koledzy, którzy zbierali doświadczenie jeszcze w epoce przedsurowiczej. Jednakże obok przypadków, leczonych surowicą, spostrzegałem prawie drugie tyle przypadków błonicy i dławca, leczonych bez surowicy. Nieraz bowiem pomimo usilnych starań i zabiegów nie udawało mi się przełamać oporu i niedbałości zabobonnych matek, które często jeszcze sprzeciwiają się wstrzyknięciu surowicy, uważając je za zabieg ciężki i szkodliwy; choć z drugiej strony należy przyznać, że surowica zdobyła sobie już zaufanie szerszej publiczności. Na szczęście i te przypadki, które leczyć musiałem bez surowicy, skończyły się pomyślnie, z wyjątkiem tych, w których ani na wstrzyknięcie surowicy, ani na żadne inne zabiegi już wprost czasu nie było.

Przechodząc do omówienia samychże przypadków, podzielę je najlepiej na te dwie gromady, to jest na przypadki błonicy i dławca, leczone surowicą i przypadki leczone bez surowicy. Dla krótkości nie przytaczam szczegółowych historyi chorób, lecz tylko krótkie zestawienie przypadków i to naprzód 30 przypadków, leczonych surowicą.

Z tych 30 przypadków, leczonych surowicą, było 21 przypadków błonicy (14 razy obustronnie, 7 razy na jednym migdałku), 2 przypadki dławca krtani i 7 przypadków błonicy gardła i dławca krtani, raz nawet z objawami dławca zstępującego do oskrzeli, znamionującego się stłumieniem i wydechem oskrzelowym z tyłu po stronie prawej. Podnieść też muszę, że w trzech przypadkach sprawa rozpoczęła się dławcem krtani i następnie rozszerzyła się na gardło. Z wszystkich przypadków tylko jeden zakończył się śmiercią. Dotyczył on dziecka 10-miesięcznego z błonicą gardła i dławcem krtani, gdzie matka dopiero szóstego dnia zawezwała lekarza i mimo, że w przeciągu 15 godzin wstrzyknąłem 2000 jednostek uodporniających, dziecko w 14 godzin potem umarło. Wszystkie inne przypadki, w których dwa razy w pierwszym dniu, 17 razy w drugim dniu, 4 razy trzeciego dnia, 3 razy 3 i 4 dnia, raz 2 i 3 dnia, a raz 2 i 4 dnia wstrzyknąłem surowicę, zakończyły się pomyślnie, taksamo przypadek, dotyczący 24-letniego mężczyzny, w którym 7 i 8 dnia wstrzyknięto po 2000 jednostek przeciwjadowych. Odpowiadałoby to 3·3% śmiertelności; jednak i tego jednego przypadku śmierci nie można kłaść na karb lub niekorzyść surowicy, gdyż Behring i wszyscy autorowie przestrzegają, że surowica wtedy tylko pewnie działa, jeśli się ją stosuje w pierwszych trzech dniach choroby, co i moje spostrzeżenia potwierdzają. W 23 przypadkach wystarczyło jednorazowe wstrzyknięcie 1000 jednostek uodparniających, w 4 przypadkach musiałem w przeciągu doby, raz po 48 godzinach tę dawkę powtórzyć, a raz w przeciągu doby stosowano dwukrotnie po 2000 jednostek. Wstrzyknąć odrazu 3000, a nawet 4000 i więcej jednostek, jak radzą Lachmański[2]) i Bagińsky[3]) u dzieci starszych i w ciężkich przypadkach, uważam za przesadę. W błonicy płoniczej surowicy nigdy nie stosowałem.

Szkodliwych skutków ubocznych, jak obrzęków stawów, po stosowaniu surowicy nie spostrzegałem; trzy razy

[2]) Deutsche med. Wochenschrift 1903, Vereinsbeilage str. 76.

[3]) Penzoldt i Stintzing: Handbuch der Therapie der Infectionskrankheiten. II Aufl.

wystąpiły ogólne osutki, a mianowicie: raz ósmego dnia po wstrzyknięciu 1000 jednostek surowicy wiedeńskiej wyrobu Paltaufa pokrzywka ogólna, utrzymująca się przez dwa dni; raz 14-go dnia po zastosowaniu 2000 jednostek surowicy wyrobu Bujwida wystąpiła ogólna osutka żarnicowata, trwająca jeden dzień, a raz 12-go dnia po wstrzyknięciu 4000 jednostek surowicy Bujwida wśród gorączki, dochodzącej do 38°, wystąpiła osutka rumieniowata, począwszy od miejsc wstrzyknięcia na kończynach, brzuchu, grzbiecie i krzyżach, utrzymująca się przez pięć dni przy powolnym spadku ciepłoty. Wliczając tu jeszcze dwa przypadki, w których stosowałem surowicę zapobiegawczo, również bez wybuchu osutek, otrzymamy 9·3% osutek posurowiczych. Jest to już rzeczą znaną, że dzięki postępom technicznym w wytwarzaniu surowicy, a szczególnie dzięki surowicy wysoko-wartościowej, która w mniejszej ilości płynu zawiera więcej jednostek przeciwjadowych — surowica Bujwida w 4 cm. sz. zawiera 1000 jednostek odporności — działanie uboczne, jakoteż osutki posurowicze stały się o wiele rzadsze i lżejsze. Także krwotoki i zapalenie nerek przypisywano dawniej działaniu surowicy; tymczasem przeciwnie, można powiedzieć, że surowica zapobiega zapaleniu nerek błoniczemu, a szczególnie surowica wysoko-wartościowa, gdyż szkodliwych skutków ubocznych nie wywołują istoty przeciwjadowe, lecz sama surowica, względnie zawarte w niej istoty białkowe i sole. Dzięki też tym ulepszeniom zalecane dawniej różne sposoby, jak n. p. ogrzewanie surowicy przed wstrzyknięciem, by zapobiedz w ten sposób szkodliwym skutkom ubocznym, są zupełnie niepotrzebne. Wspomnę tu tylko, że przeciw skutkom ubocznym surowic, jak osutkom, bolom w stawach i gorączce, przetwory salicylowe mają wybitnie działać.

Co się tyczy szczegółowych wyników leczenia, to w siedmiu przypadkach już drugiego dnia po wstrzyknięciu surowicy gorączka spadła lub znikła zupełnie, siedem razy gorączka spadła lub znikła zupełnie na trzeci dzień, cztery razy na czwarty dzień, a 11 razy gorączka trwała przeszło cztery dni lub brak mi pod tym względem danych dokładnych. Niekiedy po wstrzyknięciu nalot się jeszcze szerzył, a dwa razy przeszedł i na drugą stronę i wystąpiły też raz objawy dławca. Lecz tego nie można zarzucić surowicy, gdyż działa ona tylko przeciw jadom, a nie przeciw samym bakteryom. Naloty po wstrzyknięciu tworzą się jako następowe wypociny na tych częściach błony śluzowej, które już przed wstrzyknięciem były zakażone. W niektórych przypadkach wystąpiła jeszcze potem wydzielina śluzowo-ropiasta z nosa jako wyraz błonicy nosa, a w przypadkach dławca chrypka trwała jeszcze do dwóch tygodni i dłużej. Stosowałem zawsze z wynikiem dobrym surowicę najtańszą wyrobu Prof. Bujwida, zawierającą w 4—5 cm. sz. 1000 jedn. odporności, raz tylko surowicę wyrobu Paltaufa, zawierającą tę samę liczbę jednostek odporności w nieco większej ilości surowicy. Wstrzykuję surowicę zawsze pod skórę brzucha; oczywiście dziecko muszą dwie osoby dobrze przytrzymać. Z początku pokrywałem miejsce wstrzyknięcia gazą jodoformową i przylepcem, od dłuższego czasu jednak po osuszeniu miejsca wstrzyknięcia suchą watą stosuję kilka kropel kleiny (kolodyum) jodoformowej. Szkodliwych następstw, jak ropni, nigdy nie miałem; czasem powstawał w miejscu wstrzyknięcia lekki siniec, pochodzący z nakłucia żyłki podskórnej, co jednak niewielkie ma znaczenie. Kilka razy wystąpiły po kilku godzinach bole w miejscu wstrzyknięcia, pomimo że nie było ani zaczerwienienia, ani obrzęku. Bole te jednak zwykle już po sześciu godzinach znikały, a do uśmierzenia ich wystarczały zimne okłady.

Pozostaje mi jeszcze poruszyć sprawę leczenia miejscowego obok leczenia ogólnego surowicą. Pod tym względem surowica przeciwbłonicza oznacza również bardzo znaczny postęp, gdyż oszczędza chorym dzieciom wiele katuszy i męczenia przez częste przestrzykiwania gardła i nosa i przyżegające pędzlowania. Rzec można, że wszelkie środki miejscowe, zalecane przedtem przeciw błonicy, wobec surowicy zupełnie wyszły z użycia. W świeżych i lżejszych przypadkach leczenie miejscowe obok stosowania surowicy jest zupełnie niepotrzebne i błonki błonicze same się oddzielają. U nieco starszych dzieci już dla higieny jamy ustnej i gardłowej zaleca się częste płukania 2—3% kwasem borowym lub salicylowym albo wodą wapienną z wodą zwykłą w równych częściach lub w stosunku 1 : 2, co też przyspiesza oddzielanie się złogów błoniczych. U małych dzieci można 1—2 razy dziennie tymi rozczynami gardło przestrzykiwać. Praktykowane zaś do niedawna pędzlowania różnymi środkami przeciwgnilnymi lub przyżegającymi są zupełnie niepotrzebne, a nawet szkodliwe, gdyż przytem wciera się strzępy obumarłe i bakterye jeszcze głębiej w tkankę. Natomiast w ciężkich rozszerzonych i późnych przypadkach i leczenie miejscowe jest bezwzględnie wskazane, a mianowicie przy znacznem zaczerwienieniu i obrzmieniu gardła często zmieniane okłady lodowe lub krawat lodowy, łykanie kawałków lodu lub lodów owocowych, albo też picie wody lodowej dla złagodzenia bolów i płukanie lub przestrzykiwanie wspomnianymi już rozczynami. Jednak za najskuteczniejszy środek miejscowy w średnich i ciężkich przypadkach z rozległem obumarciem tkanek uważam sozojodolan sodowy, o czem później przy leczeniu błonicy bez surowicy powiem jeszcze słów kilka. Wspomnieć też muszę, że jeszcze w ostatnim czasie Curtius[4]), jako skuteczny środek miejscowy, działający samoistnie lub obok surowicy przeciwbłoniczej, zaleca częste pędzlowania rozczynem Loefflera[5]). Wobec dławca krtani zawsze obok surowicy musiano stosować wziewania parowe wodą słoną lub wapienną i środki wykrztuśne, zresztą w błonicy tylko niekiedy stosowałem u dzieci jeszcze wewnętrznie odwar kory chinowej, a jeśli potrzeba wymagała, środek wykrztuśny.

Tylko w dwóch przypadkach wstrzyknąłem surowicę zapobiegawczo. Raz u dwuletniego dziecka, którego starszy brat zachorował na błonicę i dopiero na drugi dzień, kiedy już spostrzeżono na lewym migdałku biały nalot o 1 mm. szerokości i 6 mm. długości, rodzice zgodzili się na wstrzyknięcie zapobiegawcze, uwieńczone skutkiem pomyślnym. Drugi przypadek dotyczył jednorocznego dziecka w rodzinie, w której 6/XI zachorowała 4-letnia dziewczynka, a 10/XI trzyletni chłopczyk i wtedy dopiero rodzice zgodzili się na

[4]) Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 36.

[5]) Skład rozczynu Loefflera jest następujący: *Rp. Mentholi 2·5, solve in Toluoli 9·0, Alcohol. absol. 15·0, Liq. ferri sesquichl. 1·0, M. da ad lagen. flav.*

zapobiegawcze wstrzyknięcie surowicy trzeciemu, zdrowemu jeszcze dziecku, które też pozostało zdrowe. W obydwu przypadkach wstrzyknąłem również po 1000 jednostek odporności, mając za każdym razem tyle pod ręką, choć jako dawka zapobiegawcza wystarcza odpowiednio do wieku dziecka 200—300 jednostek uodp., a więc z surowicy wyrobu Bujwida jedna do półtorej strzykawki jednogramowej Pravaza. Według Behringa jako dawka zapobiegawcza wystarcza już 100 jednostek przeciwj., a 250 jednostek, by nawet w okresie wylęgania zapobiedz wybuchowi błonicy. Lecz wstrzyknięcie surowicy uodparnia tylko na 2—3 tygodni, a jeśli niebezpieczeństwo zakażenia trwa jeszcze dalej, to po 2—3 tygodniach należy wstrzyknięcie zapobiegawcze powtórzyć. Ale i po przebyciu błonicy uodpornienie trwa tylko bardzo krótko, a ponowne zakażenia (*reinfectio*) i nawroty wcale nierzadko się zdarzają i mogą się powtarzać nawet kilkakrotnie. Choć nie brak autorów [6]), twierdzących, że błonica prawdziwa nagabuje człowieka tylko rzadko kilkakrotnie, to przecież doświadczenie poucza, że błonica, a szczególnie dławiec, (mówię o prawdziwym), obok róży i pierwotnego zapalenia płuc w przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych często nagabują po kilkakroć tego samego chorego. Niektórzy [6]) też twierdzą, że po naturalnem przebyciu choroby pozostaje znaczniejsze uodpornienie, niż po leczeniu surowicą. Dlatego dzieci, leczone surowicą, częściej zapadają na błonicę, niż dzieci, leczone bez surowicy. Ja miałem dwa pod tym względem ciekawe przypadki, z których pierwszy, jako leczony surowicą, tu przytoczę:

D. R., $4^1/_2$ lat, syn dorożkarza, badany dnia 11 stycznia 1903 w południe. Chory od dwóch dni, ciepłota 38·5°, tętno 132, gruczoły podszczękowe powiększone, obydwa migdałki zaczerwienione, obrzmiałe, na prawym dwa naloty żółte wielkości grochu, na lewym jeden takiej samej wielkości. Przypuszczając jeszcze mieszkowe zapalenie gardła zarządziłem wewnętrznie 1% kwas solny, płukanie 3% kwasem borowym i zimne okłady na szyję. Jednak dziecku robiło się coraz gorzej i oddech stał się ciężki tak, że o godzinie 9 wieczór zawezwano mnie po raz wtóry. Ciepłota wynosiła 39°, oba naloty na prawym migdałku zlały się w jeden wielkości halerza, na lewym migdałku nalot również większy, oddech ciężki, przyspieszony. Wstrzyknąłem natychmiast 1000 jednostek surowicy; dziecko gorączkowało jeszcze trzy dni.

Dnia 7 lutego, więc w niespełna cztery tygodnie zawezwano mnie do tego samego dziecka, a badanie wykazało: od dwóch dni ma gorączkę. żali się na ból gardła i głowy, znacznie osłabiony, brak łaknienia; ciepłota 38·7°, tętno 144, lewy migdałek czerwony, znacznie obrzękły, na nim żółty nalot wielkości dwuhalerzówki, na dolnym brzegu gruby na 3 mm.; prawy migdałek również czerwony, obrzękły i na nim biały nalot wielkości halerza, gardło zwężone, gruczoły pod kątami żuchwy obrzmiałe. Leczenie i tym razem polegało na wstrzyknięciu 1000 jednostek przeciwj. i płukaniu 3% kwasem borowym.

Uodpornienie więc trwało w tym przypadku po przebyciu błonicy, leczonej surowicą, tylko 3 tygodnie. Rautenberg widział nawet w jednym przypadku, że dziecko 11-go dnia po wstrzyknięciu 3000 jednostek zachorowało na błonicę, a Curtius spostrzegał u dziecka, nieleczonego surowicą, ponowne zakażenie po 14 dniach.

(Dokończenie nastąpi).

[6]) Neumann: Listy o leczeniu chorób dzieci. Berlin 1903.

IV. Wyciągi.

Dr. Jan Brodzki (lekarz zdrojowy w Kudowie). **O wartości prognostycznej i rozpoznawczej ilości soli kuchennej, wydzielanej z moczem w zapaleniu nerek, po spożyciu próbnych dawek tej soli.** (*Fortschritte der Medizin* Nr. 15, 1904). Autor robił doświadczenia na 15 osobnikach ze zdrowemi i choremi nerkami, w celu zbadania zdolności nerek wydzielania spożytej soli kuchennej. Czas trwania każdego doświadczenia wynosił dni 12. Chorzy, do doświadczeń użyci, dostawali w ciągu całego tego czasu jednakowe jadło, a prócz tego dostawali jeszcze w dniu piątym, szóstym, siódmym i ósmym po 5 do 10 grm. Na Cl, zależnie od usposobienia i choroby. Autor mierzył dzienną ilość moczu i określał ilość zawartej w nim soli kuchennej w odsetkach oraz w gramach. Wyniki tych badań dadzą się streścić w sposób następujący: 1) Ilość soli kuchennej, wydzielanej przez zdrowe nerki, odpowiada ilości soli spożytej. Po każdorazowem zwiększeniu ilości soli kuchennej, wprowadzanej do ustroju, następuje zwiększone jej wydzielanie się z moczem. 2) Nerki chore, zależnie od stopnia schorzenia, odpowiadają na zwiększoną ilość soli kuchennej, wprowadzanej do ustroju, albo natychmiastowem zwiększonem wydzielaniem, albo nie natychmiastowem, lecz o dni parę spóźnionem; lub wreszcie nie odpowiadają na nie wcale zwiększonem wydzielaniem. *a*) W przypadkach ostrego zapalenia nerek z zupełnie pomyślnem rokowaniem zdolność nerek wydzielania Na Cl jest taka sama, jak u osób z nerkami zdrowemi. *b*) W przypadkach zapalenia nerek przejściowych od ostrych do przewlekłych, oraz w początkowych okresach przewlekłych zapaleń nerek, ilość Na Cl wydzielanej z moczem po wprowadzonej do ustroju zwiększonej ilości, wprawdzie się zwiększa, lubo zwiększenie to następuje nie zaraz, lecz dopiero po upływie jednego lub dwóch dni. Rokowanie w tych przypadkach jest wątpliwe. *c*) Wreszcie w późniejszych okresach przewlekłego zapalenia nerek, tak miąższowego, jak i śródmiąższowego, w których rokowanie jest zgoła niepomyślne, nie następuje bynajmniej zwiększone wydzielanie Na Cl z moczem po zwiększonem spożyciu tej soli. Na zasadzie swych badań autor przyszedł do wniosku, iż określanie zdolności nerek wydzielania Na Cl stanowi cenną wskazówkę co do stopnia schorzenia nerek w chorobie Brighta, a więc ma znaczenie i we względzie rozpoznania choroby nerek (*functionelle Nierendiagnostik*) i we względzie rokowania. *B.*

G. Klemperer. **Leczenie kamicy nerkowej. III** [1]). (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904, sierpień). Aby zapobiedz kamicy nerkowej, zupełnie wystarcza leczenie dyetetyczne, a środki apteczne są zbędne. Lecz nie każdy chce się poddać niewolniczo ścisłym przepisom dyetetycznym i wtody leki do pewnego stopnia przychodzą w pomoc leczeniu dyetetycznemu. Środki apteczne muszą odpowiadać składowi chemicznemu kamyka nerkowego.

Środkami leczniczymi przy kamykach moczanowych są sole alkaliczne i to najlepiej w postaci naturalnych lub sztucznych wód mineralnych, zawierających dwuwęglan sodowy i kwas węglowy. Lecz można też stosować sam dwuwęglan sodu i to przy obfitej dyecie mięsnej cztery razy dziennie po 2·5 grm., rozpuszczonych zawsze w $^1/_4$ l. wody. Najlepiej podawać takie dawki podczas śniadania, dwie godziny przed obiadem, pięć godzin po obiedzie i niedługo przed spoczynkiem nocnym, nigdy zaś na pełny żołądek. Dwuwęglan sodu jest najlepszym środkiem dla rozpuszczania kwasu moczowego, lecz niektórzy chorzy czują wstręt do smaku sody, albo też powstają podrażnienia żołądka i rozwolnienie, a niekiedy i dla odmiany trzeba choremu inny lek podać. Wobec zaburzeń więc żołądkowo-jelitowych zaleca się zamiast sody węglan wapniowy którego smak jest lepszy i który nie rozpuszcza się zanadto w żołądku, a wstrzymuje rozwolnienia. Na wzmiankę zasługują jeszcze sole kwasów roślinnych, które po części mają smak orzeźwiający i skutkują taksamo, jak dwuwęglan sodowy. Należą tu cytrynian sodowy i urycedyna (mieszanina cytrynianów sodowego i litowego, siarkanu sodowego i chlorku sodowego), która w kamicy nerkowej, nie działa lepiej, niż zwykły dwuwęglan sodowy, a jest 15 razy droższą. Sole litowe i zasady organiczne (piperazyna, lizydyna i t. d.) rozpuszczają łatwo kwas moczowy w wodzie przekroplonej, lecz w moczu to działanie zupełnie ustaje. Sole litowe nie działają inaczej, jak sole sodowe, i zarządy wód zdrojowych mogłyby już porzucić przechwalanie się miligramami litu, zawartego w tym lub owym zdroju.

[1]) Pierwsze dwa wykłady porównaj „Przegląd lekarski“ 1903, str. 113 i str. 597.

Znaczne nadzieje co do rozpuszczania kwasu moczowego w moczu przywiązywano do badań nad związkami kwasu moczowego z formaldehydem. Niestety te nadzieje rozbiły się o warunki ilościowe, gdyż niepodobna wprowadzić do moczu tyle formaldehydu, ileby potrzeba do związania wszystkiego kwasu moczowego. Najlepiej działa i najwięcej formaldehydu oddaje moczowi urotropina, przewyższająca wprawdzie pod tym względem wszelkie inne podobne środki (chinotropina, citroform, helmitol, mocznik formaldehydowy i t. d.), nie dorównywająca jednak skutecznością alkaliom.

Środki apteczne w leczeniu kamyków szczawianowych mają na celu wzbogacać mocz w sole magnezowo i wobec mniej ostrej dyety, to znaczy wobec podawania mniejszej ilości mięsa, obfitującego w te sole, a większej ilości jarzyn, zawierających mało tych soli. Czynimy to, podając siarkan magnezowy cztery razy dziennie po 0·5 grm. w opłatkach, szczególnie w okresach obfitego spożywania jarzyn lub wielu jaj i mleka. Przytem zaleca się jeszcze mierne dawki środków alkalicznych, n. p. wód alkalicznych podczas głównych posiłków.

Strącanie się fosforanów w moczu polega często na podrażnieniu układu nerwowego, powodującego znowu nadmierną kwaśność soku żołądkowego, dlatego najważniejszym czynnikiem w leczeniu kamyków fosforanowych jest leczenie ogólne, a środkami aptecznymi są tu kozłek, brom i t. p. Na polecenie zasługują również środki, stępiające miejscowo nadmierną kwaśność soku żołądkowego, szczególnie azotan srebra 0·1: 200; co 3 godz. łyżkę stołową na czczo, lub nakrapianie błony śluzowej żołądka roztworem azotanu srebrowego 1: 5000—2000. Chcąc wpłynąć na oddziaływanie moczu przez podawanie kwasów, nie można użyć kwasów organicznych, gdyż one spalają się na kwas węglowy, a z kwasów nieorganicznych kwas solny jest przeciwwskazany, tam przynajmniej, gdzie już istnieje nadmierna kwaśność. Natomiast dobrych wyników można się spodziewać, używając rozcieńczonego kwasu fosforowego: *Acid. phosph.* 1·0 *Aq. destill.* 20·0; co 3 godz. 20 kropel we wodzie. Pokarmową i bakteryjną fosfaturyę należy zwalczać przez dyetę, przepłókiwania pęcherza i urotropinę, której działalności przeciwgnilnej w moczu żaden z nowszych środków zastępczych nie przewyższa.

Autor roztrząsa też pytanie, czy można zapomocą środków leczniczych istniejące już kamyki rozpuszczać i usunąć? Rozpuszczanie centygramów kamyczków moczanowych *in vitro* udaje się, lecz w ustroju większe kamyki, zdaje się, nie rozpadają się; być może jednak, że przez rozpuszczanie warstwy zewnętrznej dają się tak daleco zmniejszyć, że można je potem łatwiej usunąć. Być może też, że wody mineralne zawierają alkalia w takich dawkach, iż mogą najmniejsze kamyki moczanowe rozpuszczać, a większe zmniejszyć. Co się tyczy ogólnego zachowania się chorych na kamicę nerkową, to wiemy, że praca cielesna wprawdzie wzmaga nieco wytwarzanie się kwasu moczowego, lecz działa też moczopędnie i dlatego ruchy i gimnastyka są bardzo pożyteczne, jeżeli tylko staramy się równocześnie o obfite przyjmowanie płynów. Tylko u chorych, którzy przebyli „bezskuteczne“ kolki nerkowe, należy rozważyć, że ruchy mogą łatwo wywołać nowe napady kolki; dlatego zalecamy wogóle spokój, jeśli przypuszczamy, że kamyk znajduje się w miedniczce nerkowej. Wobec skłonności do zaparcia żywota u cierpiących na kamicę zalecamy lewatywy, które zwykle wzmagają moczenie, a nie środki przeczyszczające, wywołujące wydzielanie płynu do jelit. Leczenie w miejscach kąpielowych skutkuje tylko w czasie pobytu tamże, zapobieganie kamicy nerkowej wymaga natomiast ustawicznego przestrzegania przepisów dyetetycznych. Pobyt w miejscach kąpielowych działa bardzo dobrze, przyzwyczajając chorych do przestrzegania dyety, lecz nie jest konieczny i wiemy, że wielu chorych i bez podróży do kąpiel, a jedynie tylko przez przestrzeganie dyety zapobiegawczej uwolniło się na całe życie od dalszych napadów kamicy.

Rzadkiemi postaciami kamyków nerkowych są kamyki, złożone z węglanów, kamyki ksantynowe i cystynowe. Do kamyków węglanowych stosuje się to wszystko, co powiedziano o kamykach fosforanowych, kamyki ksantynowe są wogóle tak rzadkie, że o warunkach ich powstania mało co wiemy; nieco więcej wiemy o kamykach cystynowych. Są to małe, twarde, żółtawe kamyki o połysku alabastrowym; mogą się tworzyć tylko u ludzi, u których w moczu wydziela się cystyna, a u których moczu wydziela się mało. Wiemy od dawna, że cystynuria jest dziedziczną właściwością niektórych rodzin i, jak się pokazuje, jest ona skutkiem zboczenia wymiany materyi. Cystyna jest bowiem zwykłym składnikiem ciał białkowych, który w prawidłowej wymianie materyi dalej się rozkłada, w stanach chorobowych zaś nie, podobnie jak w cukrzycy cukier wskutek zboczeń materyi nie rozkłada się dalej. Dlatego w leczeniu cystynurii zalecimy takie ciała białkowe, które zawierają bardzo mało cystyny. Lecz wiadomości nasze pod tym względem są jeszcze bardzo skąpe. Wiemy tylko, że białko jaj i różne białka roślinne zawierają znacznie mniej cystyny, niż białko surowicze i fibryna. Aż do dalszych wyników tych badań musimy się ograniczyć do drugiego czynnika leczenia zapobiegawczego, t. j. do obfitego przepłókiwania nerek. *Dr. Fels.*

Grassman. **Uwagi nad stosowaniem morfiny u chorych na serce.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1904). Codzienne doświadczenie poucza, — szczególnie u morfinistów, — że do zdrowego ustroju mogą być przez całe lata bezkarnie wprowadzane znaczne stosunkowo ilości morfiny, przewyższające o wiele dozwoloną w lecznictwie dawkę, bez jakiegoś szkodliwego ubocznego wpływu na serce. Inaczej rzecz się ma u chorych na serce: rozmaici autorowie rozmaicie się zapatrują na tę sprawę: o ile jedni zupełnie się wstrzymują od podawania morfiny chorym na serce z obawy przed niebezpiecznemi następstwami, względnie przed nagłą śmiercią, o tyle znów inni są przeciwnego zdania. Edlessen twierdzi, że morfina nie jest znów tak niebezpiecznym środkiem, jak się zazwyczaj utrzymuje i dlatego można ją bez obawy podawać chorym na serce w ilościach przez lekospis oznaczonych. Jürgensen, omawiając tę sprawę, radzi wielką zachować ostrożność. W cierpieniach mięśnia sercowego uważa Krehl morfinę za względnie niebezpieczną, ponieważ przez długi czas nie wpływa na krążenie, — szczególniej można ją stosować w szybko przemijających i nie często się powtarzających zaburzeniach, podczas gdy w sprawach przewlekłych może się środek ten stać w wysokim stopniu mieczem obosiecznym: mimo to można tu i ówdzie stosować morfinę w dusznicy bolesnej i w dychawicy sercowej. Braun, pisząc o środkach nasennych, stosowanych u chorych na serce twierdzi, że obawa przed morfiną nie jest wcale uzasadniona: w niektórych przypadkach można nietylko osiągnąć podmiotową poprawę, ale wprost widoczny zwrot ku lepszemu. Najbardziej zaleca morfinę Rosenbach: narkotyki działają — według niego — wzmacniająco na serce; ciężka duszność, bicie serca, znamienna trwoga i nerwobóle znikać mają za jednym zamachem, wogóle Rosenbach uważa morfinę nietylko za środek objawowy, ale także za leczący. Wbrew temu twierdzeniu ostrzega jednak Grassman przed podawaniem morfiny w przypadkach ostrego lub podostrego zapalenia mięśnia sercowego i ostrego zapalenia wsierdzia. Główną i właściwą natomiast sferą działania morfiny, gdzie istotnie można się spodziewać korzyści, winny być przypadki przewlekłych cierpień serca i tętnic: zwężenia ujść i niedomykalność zastawek, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, różnorodne postacie miażdżycy tętnic, — wszystko to prowadzi z biegiem czasu do pewnego okresu, w którym inne środki stają się bezskuteczne, a leki narkotyczne wstępują w swe prawa. Tu właśnie, gdzie u takich chorych wytwarza się bezsenność, trwająca tygodniami, a trapiąca chorego i jego otoczenie, a przytem męcząca duszność, krótki oddech, tu więc działanie morfiny jest wprost bijące w oczy. W takich bowiem przypadkach morfina bywa wprost wskazaną, bo chodzi o chwilowe uwolnienie chorego od tych ciężkich męczących objawów, a nic tak pewnie nie prowadzi do celu, jak morfina. Szybkość i osłabienie tętna, nawet rozlany nieżyt oskrzelowy nie powinny być przeciwwskazaniem. W ciężkich napadach duszności bolesnej radzi autor dla ostrożności wstrzyknąć przed morfiną kamforę. Zebrawszy więc cały wywód autora, można powiedzieć: *a*) niema żadnego powodu zasadniczo wykluczyć morfinę od podawania — w dozwolonych dawkach — chorym na serce. Nagłe bowiem przypadki śmierci, które tu i owdzie pojawiają się po wstrzyknięciu morfiny, należy na równi postawić z przypadkami śmierci, zdarzającymi się wśród uśpienia chloroformowego. Przyczyna tego jeszcze nie wyjaśniona. *b*) U chorych na serce, okazujących znaczniejsze (ostre) schorzenia narządu oddechowego, jak niemniej w sprawach chorobowych mięśnia sercowego i wsierdzia należy być ostrożnym z stosowaniem morfiny. *c*) W przypadkach zaburzeń serca pochodzenia nerwowego, szczególniej dusznicy bolesnej bez zmiany organicznej, można bez obawy podawać morfinę w zwykłych dawkach; — przeciwnie rzecz się ma w dusznicy na tle zmiany ustrojowej. *d*) Morfina jest bezwarunkowo wskazaną — dla chwilowego ratunku — we wszystkich ciężkich napadach dychawicy sercowej, nadto w przypadkach, w których naparstnica lub inne środki sercowe więcej nie skutkują. *e*) Ważną rolę odgrywa także morfina jako środek przygotowawczy przed stosowaniem naparstnicy u sercowo chorych rozdrażnionych i cierpiących na bezsenność — tu spełnia wprost wskazanie przyczynowe. *Dr. H. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Prof. Hochsinger. **Stosunek dziedzicznej kiły do krzywicy i wodogłowia.** (*Wiener Klinik* Nr. 6, 1904). Autor streszcza zapatrywanie swoje, jak następuje: 1) Powstające przy wczesnych objawach dziedzicznej kiły przekrwienie i podrażnienie układu kostnego uważać należy za czynnik, ułatwiający powstanie krzywicy; natomiast powstająca z ustąpieniem kiłowych objawów podrażnienia

układu kostnego hyperostoza jest przeszkodą w rozwoju ciężkich krzywiczych zmian kości. 2) Wśród dzieci, obarczonych kiłą dziedziczną, jest krzywica częstszą, niż między dziećmi, wolnemi od kiły. Krzywica u dotkniętych kiłą przebiega szybko i nie wiedzie do znacznych zniekształtnień. 3) Obwód czaszki dziedzicznie kiłowych osesków jest z powodu kiłą wywołanego silniejszego narastania kości (*appositio*) w punktach wzrostu kości czaszki, w całym pierwszym roku życia większy, niż u dzieci prawidłowych; w pierwszej połowie pierwszego roku życia większy, niż u krzywiczych: zaś w drugiej połowie pierwszego roku mniejszy, niż u krzywiczych. 4) *Caput natiforme* Parrota wtedy tylko napewno jest na tle kiłowem, jeżeli rozwinięta jest wyraźnie już w pierwszych miesiącach życia z nadzwyczajną twardością kości czaszki i zbyt małem ciemiączkiem. Ten kszt łt głowy zdarza się u krzywiczych bez kiły dopiero w drugim lub trzecim roku życia. 5) Wodogłowie osesków jest przeważnie wywołane przez dziedziczną kiłę, która wiedzie do zmian zapalnych na oponach mózgowych i splotach naczyń i do zmian w naczyniach śródczaszkowych. Często zdarza się swoiście kiłowe zapalenie wewnętrznej okostnej kości czaszki i ta sprawa chorobowa przenosi się na opony mózgowe. 6) Kiłowe wodogłowie osesków ma z krzywiczem wodogłowiem rzekomem tylko powierzchowne podobieństwo, może być jednak od tej zmiany u osesków odróżnione. 7) W większej części przypadków wodogłowie kiłowe jest wyleczalne; leczenie przeciwkiłowe jest więc w każdym przypadku wczesnego wodogłowia wskazane. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Volhard. **O objawach ocznych przy porażeniach ramienia.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 37, 1904). W dwóch przypadkach porażenia urazowego ramienia prawego, wywołanego porwaniem przez pasy maszyny, w 1 przypadku rany kłutej między 3 a 4 kręgiem szyjnym i następowem porażeniem połowiczem, w 1 przypadku próchnienia kręgów szyjnych i syringomyelii — znalazł autor zbiór objawów Hornera, t. j. opadnięcie powieki, zwężenie źrenicy i zapadnięcie gałki ocznej. Objawy te zależą od porażenia mięśni gładkich, unerwianych przez nerw współczulny szyjny. Na podstawie obrazu klinicznego i wiadomości, zaczerpniętych z fizyologii doświadczalnej, doszedł autor do przekonania, że w przytoczonych przypadkach należy odróżnić trzy typy porażeń kończyny górnej i włókien ocznych nerwu współczulnego; wszystkim jednak postaciom towarzyszą wyżej wspomniane objawy oczne. Wystąpienie objawów ocznych w porażeniu połowiczem i syringomyelii nie przyczynia się bynajmniej do rozpoznania i wytłómaczenia wymienionych zaburzeń. Inaczej jednak rzecz się ma w obydwóch urazowych porażeniach splotów ramieniowych. W nowszych czasach usiłowano bowiem leczyć operacyjnie porażenia nerwów, przez odsłonienie miejsca uszkodzenia, uwolnienie nerwów z tkanki bliznowatej, lub ich zeszycie. Wobec ciężkich skutków, jakie dla chorych pociąga za sobą porażenie ramienia, należałoby w podobnych przypadkach stosować leczenie chirurgiczne. Objawy jednak oczne wskazują dobitnie na bezużyteczność podobnego zabiegu. Uszkodzenie splotu musiało bowiem mieć miejsce tuż przy wyjściu z otworu międzykręgowego, gdyż w przeciwnym razie nie byłaby uszkodzona gałązka łącząca nerwu współczulnego pierwszego korzenia grzbietowego. W tym przypadku więc istnieje porażenie korzeni splotu ramieniowego. Jako dowód słuszności tego zapatrywania może posłużyć przykład zabiegu operacyjnego, wykonanego w nadziei uwolnienia splotu ramieniowego od ucisku, którego wynikiem było znalezienie w miejscu splotu zanikłych tylko pni nerwowych. Dla chirurga więc objawy oczne mają znaczenie tylko ujemne. Znając jednak ważność podobnych uszkodzeń, tem baczniejszą trzeba zwrócić uwagę na przyczyny wywołujące, a czuwać nad tem szczególnie powinni: położnik, chloroformujący narkotyzer i nauczyciel gimnastyki. Porażenia wskutek podniesienia ramion i założenia poza głową podczas porodu, ćwiczenia na drążku, porażenia wśród uśpienia, (gdzie siła ciągnąca ramiona może być słabą, albo napięcie mięśni jest zniesionem) — powodują często nietylko uszkodzenia splotu, lecz także rozerwania korzeni, a wówczas ważnym czynnikiem rozpoznawczym są wyżej wspomniane objawy oczne. *H. Reis.*

T. Mayer. **Przyczynek do leczenia** *Tylosis palmaris* **u dorosłych.** (*Dermatologische Zeitschrift* T. XI, Z. 5, 1904). W leczeniu tego cierpienia należy się starać o trzy czynniki, a mianowicie o natłuszczenie i wygładzanie suchej, twardej, napiętej skóry dłoniowej, o rozmiękczenie i zmacerowanie warstwy zrogowaciałej, o usunięcie nadmiernego rogowacenia naskórka. Większość sposobów leczniczych nie wszystkim tym warunkom czyni zadość. Rzeczywiste wyleczenie można osiągnąć, używając ostrożnie i umiejętnie naftolowej pasty Lassara (*Naphtol* β *10·0, sulf. praecip. 40·0, vasel flav., sapon virid aa 25·0*) w połączeniu z maścią, również przez Lassara podaną: *Empl. litharg simpl, vasel flav. aa 50·0, len. ign. misc. adde ac. carbol 2·0 M. f. ungt.*

Jako skuteczny pomocniczy środek w leczeniu tego cierpienia poleca autor reumasan. Środek ten jest białą masą o przyjemnym zapachu, zawierającą 10% wolnego kwasu salicylowego. Daje się łatwo w skórę wcierać, pozostawiając niewielką ilość tłuszczu na powierzchni. Przy leczeniu *tylosis palmaris* tym środkiem postępuje się w następujący sposób. Oczyściwszy skórę mydłem i wodą wciera się reumasan przez pięć minut raz dziennie, najlepiej pod noc, w chorą część skóry dłoniowej. Chcąc uniknąć zadrażnienia skóry, łatwo występującego po środkach, zawierających dużo salicylu, należy nakazać chorym, by przestali używać tego środka na jeden lub dwa dni, jeżeli pojawi się już nieznaczne zaczerwienienie skóry lub ból. *Dr. Stopczański.*

Jirásek. **Dwukrotnie wyleczone gruźlicze zapalenie opon mózgowych u tego samego osobnika.** (*Revue v neurologii, psychiatrii, fysikálni a diaeteticke therapii*, Wrzesień, 1904). Autor opisuje przypadek dwukrotnego wyleczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowych u tej samej chorej. Dziewczynka 11-letnia, pochodząca z rodziny gruźliczej, uległa przed 4 laty wszystkim klasycznym objawom gruźliczego zapalenia opon mózgowych, szczególnie w zakresie nerwów, wychodzących z podstawy mózgu. Niektóre objawy, jak porażenia, afazya i t. d. utrzymywały się do końca 5-go miesiąca, poczem nastąpiło wyleczenie. Po dwóch latach ponownie wystąpiły takie same objawy, tylko w mniejszem natężeniu i krócej trwały i także zakończyły się powrotem do zdrowia. Autor utrzymuje, że miał do czynienia z gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, a tem samem zalicza się do tych pedyatrów, którzy wierzą w uleczalność tej choroby. *A. K.*

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mesotan stosował Burnet (*The med. Times and Hosp. Gazz.* 1904, Nr. 1358) w cierpieniach gośćcowych zewnętrznie, podając równocześnie wewnętrznie aspirynę i uważa takie leczenie za najskuteczniejsze. Wogóle użył go w 47 przypadkach; w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym i w gośćcu mięśniowym wyniki były doskonałe; w zniekształtniejącem zapaleniu stawów zdarzały się polepszenia; — natomiast w cierpieniach stawów, których tłem nie był gościec, mesotan zupełnie nie działał. *Ab.*

Müller. **Wywoływanie bezkrwistości miejscowej zapomocą adrenaliny.** (*Wiener klinisch-therap. Wochenschrift* 1904, Nr. 21). Wyniki badań autora są następujące: adrenalina posiada w wysokim stopniu własność zwężania naczyń i to przez wstrzyknięcie do tkanek rozczynów 1: 1000, 1: 2000, 1: 5000 i 1: 10.000. Dla wywołania bezkrwistości w skórze, w mięśniach i w tłuszczu najstosowniej użyć rozczynu 1: 5000 i 1: 10.000, w wątrobie i nerce 1: 1000 i 1: 2000. Okres czasu, potrzebny do wywołania bezkrwistości w skórze, mięśniach i w tkance tłuszczowej wynosi od 30 sekund do 1 minuty przy użyciu rozczynów 1: 1000 i 1: 2000, a 3—5 minut przy rozczynach 1: 5000 i 1: 10.000. W narządach miąższowych 30 sekund do jednej minuty przy rozczynie 1: 1000 do 1: 2000, a 2—3 minut przy rozczynach 1: 5000 do 1: 10.000. Adrenalina wywołuje zupełne zamknięcie naczyń włosowatych i drobnych naczyń, a zwężenie grubszych naczyń. Tkanki, w których wywołano bezkrwistość zapomocą adrenaliny, są zabarwione jasno-żółtawo tak, że można wyraźnie widzieć większe naczynia, a pole operacyjne jest suche, bo naczynia włosowate są zamknięte. Rozczyny przygotowuje się na krótki czas przed użyciem, rozcieńczając oficynalny rozczyn adrenaliny zapomocą wyjałowionego rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, albo przez rozpuszczenie chlorku adrenaliny w odpowiednim stosunku w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i wyjałowienie przez gotowanie. Rozczyny te miesza się z odpowiednimi środkami znieczulającymi. Adrenalina nie działa szkodliwie na narządy wewnętrzne, natomiast podnieca działanie serca. Przy użyciu oficynalnej adrenaliny należy baczyć na zawartość chloretonu i dlatego nie używać więcej, niż 20 ctm.^{3} rozczynu 1: 10.000. *J. Ld.*

Kwas karbolowy. Zewnętrzne stosowanie zgęszczonego kwasu karbolowego i silnych jego rozczynów zyskuje coraz więcej zwolenników. L. Petravoja (*Sem. méd.* 1903, Nr. 8) pędzluje krosty w czarnej ospie 10—15% rozczynem, a J. T. Neech nawet czystym kwasem, czem osiągnął szybkie zaschnięcie i oddzielanie się strupów bez pozostawiania blizn. G. Carrière pędzluje zgęszczonym kwasem i wyskokiem āā. Jako środek do uśmierzania bólów po wyrwaniu zęba poleca A. Scheuer wycieranie zębodołu zgęszczonym kwasem. Nemtschenkow poleca wstrzykiwania pod-

spojówkowe 5—6% roztworów w jaglicy. Na jednem posiedzeniu wstrzykuje się pełną strzykawkę i to dwoma nakłuciami w każdej powiece. Po ustąpieniu odczynu (14 dni) powtarza się wstrzyknięcie. Rzadko potrzeba jeszcze trzeci raz wstrzyknąć. Postępowanie to ma być zarówno skuteczne, jak i bezbolesne. (*E. Mercks Jahresbericht*, styczeń, 1904). *Baschkopf.*

Tiokol podawał Pinet (*Concours méd.* 1904, Nr. 19, 20) w gruźlicy i stwierdził, że pod wpływem tego środka zmniejszała się ilość prątków w plwocinach, poprawiało się łaknienie, wzrastała waga ciała, a nawet opadała gorączka i zmniejszały się przedmiotowe objawy nieżytowe. Poprawa nastawała szczególnie szybko u dzieci. Równie pomyślny wpływ wywierał tiokol na przebieg zwykłego przewlekłego nieżytu oskrzeli, krtani i jelit. — W krztuścu działanie tiokolu jest lepsze, niż antypiryny i wilczej jagody. Pinet podaje u dorosłych po 1—3 grm. tiokolu dziennie; u dzieci od 6 miesiąca do końca pierwszego roku życia wynosi dawka dzienna 0·1—0·3, do trzeciego roku życia 0·3—0·5, do piątego 0·5—0·75, do dziesiątego 0·75—1·0. Małym dzieciom najlepiej podawać tiokol, rozpuszczony w 60—120 grm. *mixturae gummosae*, po łyżeczce co 1—2 godzin. *Ah.*

Kwas mrówkowy (*acidum formicicum*). Kryształki bezbarwne, rozpuszczalne w wodzie, zawierające 25% czystego kwasu. Od wieków stosuje lud leki, zawierające kwas mrówkowy, z powodu ich działania wzmacniającego i moczopędnego. Według Clémenta kwas mrówkowy silnie pobudza czynność mięśni, podobnie jak kola, koka, kofeina, wskazany więc jest w uczuciu ogólnego znużenia u nerwowych po przebudzeniu się rano (8—10 kropli 4 r. dz.). E. Krull stosował ten kwas w liszaju żrącym i w raku z dobrym rzekomo wynikiem (wstrzykiwania 0,1—1,0 roztworu wodnego 1:1,000—100,000 stosownie do wieku). (*E. Merck's Jahresberichte*, 1904). *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 1 czerwca 1904.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński, zastępca sekretarza: Dr. Daum.

I. Kol. Dr. Bocheński: *Przedstawienie preparatu anatomicznego.* Z powodu silnych bolów i bardzo znacznych krwawień wykonano u osoby wyniszczonej i niedokrewnej odjęcie nadpochwowe macicy, obarczonej licznymi włókniakami, a równocześnie usunięto obustronne torbiele jajnikowe. Jak na preparacie widzieć można, jeden guz jajnikowy jest wielkości główki dziecka, drugi znacznie mniejszy. Macica przedstawia obrzęk guzowaty, nierówny, wielkości dużej pięści dorosłego mężczyzny. Po przecięciu preparatu okazało się, że jeden włókniak największy, wielkości jaja kurzego, uległ zupełnemu zwapnieniu. Niewielkie ślady zwapnienia można spostrzedz i w dwu innych mniejszych włókniakach, reszta guzów okazuje typowe utkanie włókniaków.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Dr. Skałkowski, kol. Dr. Bylicki, kol. Dr. Kośmiński i kol. Dr. Bocheński.

II. Dyskusya nad odczytem kol. Dra Sołowija: „*O rozszerzaniu szyi macicy w położnictwie*", wygłoszonym na posiedzeniu z dnia 4 maja 1904 r.

Kol. Dr. Sołowij streszcza jeszcze raz swoje zapatrywania.

Kol. Dr. Bylicki zaznacza, że prelegent nie wyczerpał może w zupełności tematu, dzieli sposoby rozszerzania szyi macicy na zabiegi, które rozszerzają szyjkę macicy pośrednio przez wywołanie bolów, drugie, które bezpośrednio działają rozszerzająco czysto mechanicznie i trzecie, które rozwijają działanie tak w jednym, jakoteż i w drugim kierunku. Na używanie i polecenie balonów w celu rozszerzania szyi macicy zgadza się w zupełności, radziłby jednak używać balonów nieco większych rozmiarów. Przeciwnym jest stosowaniu rozszerzadeł metalowych, a zwłaszcza w przypadkach niepodatnej szyi macicy i w tym względzie z prelegentem się nie zgadza.

Kol. Dr. Kośmiński nie sądzi, aby rozszerzadła metalowe mogły być ogólnie polecane i używane przez ogół lekarzy praktyków. Bezpieczniej będzie, gdy lekarze praktycy będą używać w celu rozszerzania szyi macicy balonów, a za najodpowiedniejsze uważa balony napół elastyczne, jak n. p. robione z duritu, które nadto znoszą dobrze gotowanie w wodzie, nawet przez czas dłuższy. Bezwarunkowo sprzeciwia się stosowaniu rozszerzadeł w przypadkach łożyska przodującego. Natomiast w przypadkach, w których zachodzi potrzeba koniecznie natychmiastowego ukończenia porodu i przy sprzyjających warunkach, mogą być rozszerzadła metalowe użyte z korzyścią, a zwłaszcza w zakładach. Przedewszystkiem w przypadkach groźnego stanu ogólnego matki, a więc podczas konania, chcąc wykonać forsowne rozwiązanie, zastosowanie rozszerzadeł metalowych mogłoby być na miejscu. Możnaby również w niektórych wyjątkowych przypadkach użyć forsownie rozszerzadeł metalowych w celu szybkiego wydobycia płodu drogami naturalnemi dla rozwiązania osoby zmarłej, aby oszczędzić otoczeniu przykrych bądźcobądź wrażeń przy wykonaniu cięcia cesarskiego na osobie już zmarłej.

Kol. Dr. Bocheński zaznacza, że używając rozszerzadeł metalowych, nie rozszerzamy przewodu rodnego fizyologicznie, gdyż te rozszerzają szyję w postaci walca, podczas gdy stosując balony, rozszerzamy szyję w kształcie stożka, zwroconego podstawą ku górze. Dalej zwraca uwagę na naddarcia, które tak często po zastosowaniu rozszerzadeł metalowych powstają, a naddarcia te oprócz krwawień sprowadzić mogą skutkiem powstałych blizn niepodatność szyi przy następnych porodach. Nie zgodziłby się na stosowanie rozszerzadeł metalowych przy niepodatnych częściach miękkich, natomiast godzi się na stosowanie tychże przy sprzyjających warunkach, n. p. u pierwiastek, wobec już zupełnie zanikłej części pochwowej, jeżeli tylko same brzegi ujścia opór stawiają. Co do użycia rozszerzadeł metalowych u osób, będących w stanie konania lub zmarłych, to wolałby użyć sposobów krwawych, a więc wykonać rozcięcie szerokie szyi macicy, lub też cięcie cesarskie pochwowe.

Kol. Dr. Sołowij zaznacza z zadowoleniem, że — jak zauważył — koledzy zgadzają się w ogólnych zarysach z jego zapatrywaniami, a różnice występują tylko w szczegółach. Co do rozszerzadeł metalowych, to podziela zdanie kol. Dra Kośmińskiego. Mówiąc o stosowaniu rozszerzadeł metalowych w przypadkach niepodatności przewodu rodnego, miał na myśli te przypadki, w których szyja zanikła i idzie tylko o rozszerzenie ujścia zewnętrznego; jednak w takich przypadkach przekłada nacięcie brzegów ujścia. W końcu przytacza odnośny przypadek, spostrzegany w praktyce.

W dalszym ciągu dyskusyi przemawiali jeszcze: kol. Dr. Kwiatkiewicz, kol. Dr. Bylicki, kol. Dr. Bocheński, kol. Dr. Kośmiński i kol. Dr. Sołowij.

Z powodu spóźnionej pory na tem posiedzenie zamknięto.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 22 czerwca 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński, sekretarz: Dr. Breiter.

I. Kol. prof. Dr. Mars przedstawił chorą z guzem powłok brzusznych, a mianowicie guz wielkości jaja strusiego znachodził się nad pachwiną lewą. Badanie wykazało, że w tym przypadku mamy do czynienia z włókniakiem, wychodzącym z powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. W przypadku tym smuga biała przebiega pionowo w środku brzucha i pępek nie okazuje żadnego zboczenia.

Kol. Mars przedstawił ten przypadek dla porównania z przypadkiem innym, który przedstawił był kolegom przed dwoma laty. Wówczas guz tych samych rozmiarów w tejże samej okolicy leżał w przewodzie pachwinowym i był mięśniakowłókniakiem więzu okrągłego. W tym przypadku pępek zbaczał na drugą stronę brzucha, w którą też stronę i smuga biała była bardzo wyraźnie łukowato wygięta. To zbaczanie pępka i wygięcie smugi białej kol. Mars uważa jako objaw patognomoniczny dla guzów, położonych w przewodzie pachwinowym.

W dyskusyi zabiera głos kol. Dr. Kośmiński.

II. Kol. Dr. Kośmiński przedstawia chorą z *uterus duplex*, u której z powodu włókniaków macicy wykonano *amputatio supravaginalis* jednej macicy. *A. G.*, lat 44 licząca, zgłosiła się do mnie z powodu guza w jamie brzusznej. W celu usunięcia guza skierowałem chorą do kliniki ginekologicznej. Rodziła raz przed 16 laty, nie roniła. Badanie wykazało powiększenie brzucha przez guz, wychodzący z miednicy małej, sięgający dnem do pępka; guz twardy, niebolesny, o powierzchni gładkiej, z boku na bok nieco poruszalny. Pochwa miernie szeroka, na przedniej ścianie listewka podłużnie przebiegająca, jako po-

zostałość po przegrodzie; w górnej części pochwy przegroda utrzymana, dzieli pochwę na dwa zaułki. W zaułku lewym wybadać się daje część pochwowa miernie gruba, z ujściem szparowatem, a dalej więcej od tyłu czuć macicę, może nieco mniejszą, niż normalnie, macicę, która rodziła. W zaułku prawym zaś wyczuwa się część pochwową smukłą z ujściem drobnem, która przechodzi więcej od strony lewej i gubi się w dolnej części utkania guza wyżej opisanego, a wyczuwalnego przez powłoki brzuszne. Skutkiem wypuklenia przez guz, zaułek prawy pochwy jest znacznie szerszy, aniżeli lewy. Wobec tego rozpoznałem włókniaki macicy prawej, która nie rodziła, podczas gdy macicę lewą, a więc tę, która rodziła, uważać należy za wolną. Dnia 27 kwietnia 1904 przystąpiłem do laparotomii i wykonałem dość wysoko *amputatio supravaginalis uteri dextri,* zabierając zmienioną trąbkę i jajnik prawy, podczas gdy lewą macicę, którą znalazłem prawidłową, wraz z trąbką i jajnikiem lewym pozostawiłem. Pomiędzy obiema macicami istniał bardzo wyraźny przedział szerokości około 1—$1^1/_2$ ctm.; tylko w wysokości ujścia wewnętrznego macicy odstęp pomiędzy macicami wynosił zaledwie kilka milimetrów. Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia. Obecnie widzieć można, że rana pooperacyjna jest zgojona przez rychłozrost. Przy badaniu przez pochwę można i teraz dokładnie wyczuć oba zaułki, w lewym część pochwową z ujściem szparowatem, a dalej macicę lewą; w prawym zaś część pochwową z ujściem drobnem, która przechodzi w kikut, pozostały z macicy prawej. (Następuje przedstawienie chorej i preparatu włókniaków wraz z usuniętą macicą prawą). Badanie drobnowidowe guza wykazało włókniaka.

W dyskusyi wzięli udział: kol. Dr Bylicki, kol. prof Dr. Mars, kol. Dr. Kwiatkiewicz i kol. Dr. Kośmiński.

III. Kol. Dr. Kośmiński: *Okazanie guza wielokomorowego jajnikowego, ważącego $14^1/_2$ kilogramów.* Guz ten wydobyto w klinice uniwersytetu lwowskiego u chorej *A. M.*, lat 54, liczącej. Chora ta zgłosiła przed kilku dniami do kliniki z powodu znacznych rozmiarów brzucha, duszności i osłabienia. Badanie wykazało ciepłotę podwyższoną, tętno przyspieszone do 100 uderzeń na minutę, wybitną miażdżycę tętnic, tony serca głuche. W dolnych częściach płuc objawy uciskowe z powodu przemieszczenia przepony ku górze. Brzuch wypuklony w całości bardzo znacznie przez guz napół elastyczny, o powierzchni niezupełnie równej, w pewnych miejscach guza wyczuwa się chełbotanie. Guz ten wychodzi z miednicy małej i wypełnia całą jamę brzuszną tak dalece, że górnej granicy guza obejść nie można gdyż ta gubi się pod łukiem żebrowym. Badanie przez pochwę wykazało małą macicę zanikową, ku tyłowi i nieco ku stronie lewej przesuniętą; sklepienie przodkowe zaś obniżone i wypuklone znacznie przez dolny odcinek guza wyżej opisanego, a wypełniającego całą jamę brzuszną. Rozpoznano *kystoma ovarii dextri* i wprost *ex indicatione vitali* wykonałem 19 czerwca 1904 roku wydobycie guza po otwarciu jamy brzusznej. Sam zabieg nie przedstawiał nic osobliwego, jedynie tylko cięcie w powłokach brzusznych musiało być z powodu rozmiarów guza nad miarę długie i wynosiło przestrzeń od samego spojenia łonowego aż do samego wyrostka mieczykowatego mostka, a nadmienić muszę, że pomimo tak długiego cięcia dał się guz tylko z trudnością z jamy brzusznej wyłonić. Jak dotychczas przebieg pooperacyjny jest bardzo korzystny, ciepłota spadła, tętno spokojne, wynosi obecnie około 80 uderzeń na minutę, a wejrzenie chorej jest zupełnie swobodne. Wynik natychmiastowy po operacyi w tym przypadku nazwać można wprost świetnym, a niezwykle wielkie rozmiary guza, ważącego przeszło $14^1/_2$ kilogramów, wydobytego w całości bez poprzedniego pomniejszenia, zniewoliły mnie do przedstawienia tego przypadku.

W dyskusyi zabierają głos: kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Sołowij, kol. Dr. Kośmiński i kol. Dr. Bylicki.

IV. Kol. Dr. Breiter: *Podwójne światło trąbki,* preparaty mikroskopowe. U chorej, operowanej w klinice prof. Marsa z powodu *deciduoma malignum,* wykonano zupełne usunięcie narządu rodnego drogą pochwy. Robiąc przekroje z różnych części pojedynczych znalazł prelegent na przekroju trąbki prawej podwójne światło, oddzielone od siebie cienkiem pasmem tkanki łącznej. Jedno światło większe, drugie cokolwiek mniejsze. Robiąc przecięcia ku stronie banieczki *(ampulla)*, światło mniejsze coraz bardziej malało i kończyło się ślepo, ku macicy zaś cośkolwiek się rozszerza, t. j. dochodzi prawie do wielkości właściwego światła. Preparat ten, jako bardzo rzadki, uważa B. za godny przedstawienia, zwłaszcza, iż zaledwie nieliczne, w przybliżeniu podobne przypadki są podane w piśmiennictwie. Dodać należy, że nie mamy tu do czynienia z trąbką drugą, dodatkową, gdyż banieczka (*ampulla*) w tym przypadku jest wspólną, a makroskopowo drugiej trąbki wogóle znaleźć nie można; ściana trąbki, t. j. mięśnie i otoczka otrzewnowa wspólna, a światła trąbek oddzielone od siebie li tylko wązkiem pasmem tkanki łącznej, czyli na preparatach przedstawia się tak, jak gdyby w świetle trąbki przebiegała ścianka łącznotkankowa, dzieląca je na dwie połowy.

V. Kol. Dr. Breiter: *Demonstracya rozszerzadła metalowego Knappa z modyfikacyą.* Przedstawia rozszerzadło Knappa, wykonane w Wiedniu u Nowakowskiego. W rozszerzadle tem polecił prelegent porobić o tyle zmiany, iż kosz, który się zakłada na ramiona rozszerzadła, jest cośkolwiek dłuższy, ramiona zaś rozszerzadła mają wygięcie miednicowe. Uważa rozszerzadło to za najlepsze ze wszystkich dotychczasowych modeli.

VII. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

VI. Różne kąpiele i zakład wodoleczniczy.

Jak energiczną jest działalność administracyjna w Krynicy, najlepiej pouczy ustęp z pracy A. Mravincsicsa: „Krynica, informacye o c. k. Zakładzie zdrojowym“ na stronie 18-tej: „Zamierzone inwestycye. W przygotowaniu są plany i kosztorysy:

1) na budowę w najbliższych latach nowego budynku na kąpiele hidropatyczne kosztem 100.000 kor.;

2) nowego budynku na kąpiele borowinowe kosztem 120.000 kor.;

3) na ujęcie zdrojów „Dobrodziej“ i na Słotwinach kosztem 7.000 kor.;

4) na urządzenie kąpieli ze zwykłej wody, nasyconej kwasem węglowym według systemu Dr. Rheidta kosztem 35.000 kor.;

5) na rozszerzenie wodociągu wody słodkiej kosztem 20.000 kor.

Na powyższe inwestycye zezwoliło c. k. Ministerstwo rolnictwa reskryptem z dnia 30. czerwca 1900 roku L. 1428/A. M.“

Cztery lata już upłynęły, jak ministerstwo zezwoliło na te inwestycye pierwszorzędnej dla Krynicy doniosłości; fundusz inwestycyjny przyznany w roku 1894 w obligacyach propinacyjnych nie został wyczerpany, a przez te cztery lata zupełnie nic nie robiono, pomimo że wszystkie te sprawy są oddawna nagląco potrzebne. Przy znanej powolności administracyi rządowej już w roku 1903 powinny były być oddane do użytku zarówno zakład wodoleczniczy, jak nowe łazienki borowinowe, jakoteż kąpiele nasycane kwasem węglowym, ale obecnie niepodobna czekać dwa do trzech lat na wykończenie tych budowli, bo przez ten czas od zezwolenia ministerstwa do roku 1903 obciążyło się wannę o 100 kąpieli na sezon, a dalej już obciążać się ona nieda, jak to mieliśmy dowody w tegorocznym sezonie. Tu trzeba działać bardzo szybko, bo rok przyszły może Krynicę zdyskredytować na długie lata. Środki odciągające w medycynie działają bardzo skutecznie, dlatego u ciężko chorej na brak kąpieli Krynicy zastosować by należało ten środek niezwłocznie, a nie wątpię, że uratowałoby się ją od ciężkiej ka-

tastrofy. Namiestnictwo wybudowało dwa domy „Koronę“ i „Berło“, które jako domy mieszkalne niczem nie przyczyniają się do podniesienia Krynicy, a na pewno nie niosą też rządowi wysokiej renty, a zatem te domy należałoby zaadaptować na łazienki, w którychby się wydawało: 1) kąpiele ze zwykłej wody, nasyconej kwasem węglowym według metody Rheidta; 2) kąpiele solankowe; 3) kąpiele igliwiowe; 4) kąpiele siarczane sztuczne; 5) kąpiele zwykłe ciepłe.

Posiadając 50 wanien, w którychby się dostawało te różnorodne kąpiele, znacznieby się zapobiegło niemożności dostania kąpieli w Krynicy, powtóre lekarze mieliby możność skuteczniejszego leczenia swych chorych, a chorzy przyjechawszy na kąpiele istotnie kąpaćby się mogli, w końcu skarb państwa miałby dużo większe dochody z tych domów, niż je ma obecnie.

Że tego rodzaju kąpiele są bardzo potrzebne dla Krynicy, to już oddawna omawiano w kołach lekarzy, którzy najlepiej znają tutejsze warunki i potrzeby. Przyjeżdżają tutaj całe rodziny, a każdy z członków wymaga innej kuracyi, nie koniecznie krynickiej, ale z powodu braku innych kąpieli poleca się takie, jakie są, i tworzy się modyfikacye przez dosypywanie soli, dolewanie igliwia, lub też wcale się kąpieli nie stosuje. Kąpiele zwykłe, nasycone kwasem węglowym, będą w Krynicy chętnie stosowane, czyto przez cały czas leczenia, czy też jako wstępne leczenie, by później przejść do kąpieli mineralnych, mianowicie przy wadach serca, których to chorych coraz więcej nasyłają do Krynicy, a również u chorych zbyt silnie niedokrewnych, ze zbyt rozwiniętą blednicą i przy wyższych stopniach neurastenii. Takie kąpiele więcej się nadają do leczenia wogóle dzieci, niż kąpiele mineralne krynickie, które dla nich są zbyt silne. Kąpiele solankowe niewątpliwie znajdą w Krynicy duże zastosowanie, gdyż wiele matek, potrzebujących dla siebie kuracyi w Krynicy, zabiera ze sobą dzieci, przeważnie zołzowate, a te stanowią znaczny odsetek ogólnej frekwencyi. Ale kąpiele solankowe będzie także można skutecznie kombinować naprzemian z kąpielami borowinowemi, zarówno w wielu cierpieniach zapalnych celem łatwiejszego usunięcia wypocin, jakoteż w wielu takich cierpieniach, w których zależeć będzie na tem, by zwiększyć przemianę materyi. Słowem, kąpiele solankowe w Krynicy będą służyły zarówno do prowadzenia leczeń samoistnych, jako też leczeń, dodatnio modyfikujących kuracye krynickie. Kąpiele igliwiowe znajdą też wiele wskazań u osób w wieku podeszłym, u osób z gośćcem mięśniowym, z osłabionym narządem oddechowym, u dzieci wątłych, tkliwych, nerwowych. Kąpieli zwyczajnej ciepłej w Krynicy obecnie dostać nie można, bo łazienki borowinowe są przez cały dzień zajęte, a również zajęty, a raczej oblężony jest zakład wodoleczniczy, w którym przecież o porządnej kąpieli ciepłej mowy być nie może. Jeśli z tych ostatnich kąpieli nie będzie zbyt wielkich dochodów, to przynajmniej zapobiegnie się słusznym wyrzekaniom, że w zakładzie kąpielowym nie można się wykąpać.

Byłoby to wielkim krokiem w rozwoju Krynicy, gdybyśmy już na rok przyszły mieli „Koronę“ i „Berło“ zamienione na dwa gmachy łaziebne, któreby na razie zmniejszyły nadmierne przeciążenie w łazienkach borowinowych i mineralnych, zanim te gmachy zostaną wybudowane, a któreby stale potem wielkie oddawały przysługi chorym, leczącym się w Krynicy.

* * *

Po wybudowaniu łazienek borowinowych w roku 1880, gdy liczba wydawanych kąpieli wzrastała i coraz więcej obciążała wannę ponad 400 kąpieli na sezon, zabiegliwy, a szeroko patrzący na rzeczy, ówczesny kierownik Krynicy, Dyrektor dóbr państwowych, Juliusz Siegler de Eberswald, choć nie był lekarzem, a jednak bardzo trafnie zarządził, że już w r. 1884 wybudowano zakład wodoleczniczy i wodociągi. Tego zakładu nie projektowano na samoistny, ale na zakład celem uzupełniania kuracyj krynickich. Tymczasem w następnym roku zamianowany jego kierownik, Dr. H. Ebers, pojął tę myśl odmiennie: pragnął zakładu samoistnego obok uzupełniającego i wytężył całą swą energię, aby swój plan przeprowadzić. Jako lekarz zdziałał, co tylko jednostka zdziałać może; ale nie znalazł poparcia u sfer rozstrzygających, bo Dyrektor Siegler usunął się ze swego stanowiska, a jego następca nie miał tak szerokiego poglądu na sprawy Krynicy. Nie rozszerzono i nie uzupełniono zakładu wodoleczniczego, dlatego maleńki zakładzik nie zdołał zadość uczynić wielkim potrzebom i upaść musiał. Tę smutną historyę walki człowieka z przedmiotem — z brakiem urządzeń — najlepiej określą liczby:

Zabiegi wodolecznicze w ostatnich 15 latach.

Rok	wydano zabiegów wodoleczniczych	na 1 osobę frekwencyi
1889	18617	4·5
1890	24177	5·4
1891	26105	6·1
1892	25561	5·5
1893	31625	6·9
1894	27511	5·9
1895	16522	3·2
1896	12628	2·7
1897	11759	2·3
1898	12457	2·6
1899	13567	2·3
1900	13552	2·3
1901	13149	2·0
1902	11707	1·8
1903	12355	1·8

Nie mogłem dostać odpowiednich dat od roku 1885 do 1888, ale i tak w tem zestawieniu widocznem jest, jak niesłychanie szybko rozwijał się ten zakład, jeżeli już w dziewiątym roku swego istnienia doszedł do 31.625 zabiegów na sezon, t. j. tyle, ile rok przedtem wydano kąpieli mineralnych. W tym roku na 1 osobę frekwencyi przypadało 6·9 zabiegów wodoleczniczych, a 6·8 mineralnych. Ale wszystko ma swe granice: mimo tak świetnych wyników w rozwoju zakładu wodoleczniczego rząd nie zrobił nic, aby ten rozwój utrzymać, nie rozszerzył go, nie powiększył, nie zrobił żadnych ulepszeń, ale pozwolił, aby budynek co roku więcej chylił się ku upadkowi. Temsamem upadać musiała stale a szybko jego frekwencya tak, że liczba zabiegów spadła do $^1/_3$, czyli 11.700, a liczba zabiegów na 1 osobę frekwencyi obniżyła się z 6·9 na 1·8.

Z podanego tu zestawienia chyba nikt wątpić nie może, że zakład wodoleczniczy jest dla Krynicy bardzo potrzebny,

że ma wszelką racyę bytu i rozwoju, ale musi on być zakładem, odpowiadającym potrzebom dzisiejszych wymagań leczniczych i społecznych, a przytem powinien być należycie zaopatrzony we wszystkie przybory, potrzebne do leczeń mechanicznych, elektrycznych, zwłaszcza powinien posiadać kąpiele elektryczne i kąpiele świetlne.

Dr. H. Ebers widząc wszelkie warunki do rozwijania się zakładu wodoleczniczego, a nie mogąc nic wydobyć od rządu, powziął myśl bardzo dobrą, postanowił wybudować własny zakład zamknięty i już nawet miał materyał na budowę przygotowany. Ale tę myśl zarzucił, zdaje mi się dlatego, że mu zagrożono, iż mając swój zakład, nie może być kierownikiem zakładu rządowego. Nic byłby na tem nie stracił, ale przeciwnie, zyskałby bardzo dużo i dużoby zyskała Krynica, jako taka, bo jego zakład prowadzony przez cały rok niewątpliwie bardzoby wiele osób chorych ściągał na zimę, która jest istotnie wspaniałą, a klimat ma bardzo łagodny. Krynica ciągle pragnie, by była stacyą klimatyczną zimową, ma potemu wszelkie warunki, ale, aby się nią stała, na to potrzeba pewnej przynęty, pewnego skonsolidowanego czynnika leczniczego, a tym byłby jako najlepszy zakład wodoleczniczy.

VIII. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 29 września.

* Wskutek uchwały Komisyi Statystycznej miejskiej poczęło krakowskie Biuro Statystyczne z nowym 1904 rokiem wydawać sprawozdania miesięczne zamiast tygodniowych i kwartalnych W tych publikacyach uwzględniono jednak nietylko dział ruchu ludności, lecz rozmiary wydawnictwa rozszerzono tak, iż obecnie obejmują te sprawozdania i inne dziedziny, których poznanie i porównanie przedstawia obraz stosunków miejscowych. Sprawozdania obecne obejmują sześć działów i pod tym względem nie różnią się od tego rodzaju peryodycznych publikacyi wielkich miast na zachodzie.

Pierwsze miejsce zajmuje dokładne zestawienie stosunków meteorologicznych, a to według krakowskiego obserwatoryum astronomicznego.

Jako lekarzy najwięcej nas obchodzi dział drugi, t. j. stosunki ruchu ludności. W tym dziale widać już na pierwszy rzut oka, że statystyka krakowska porzuciła nareszcie szablon rządowy, którym dotąd posługuje się austryackie centralne biuro statystyczne w Wiedniu, a z wielką korzyścią dla sprawy wprowadziła w dziale śmiertelności podział przyczyn śmierci według skróconego szematu międzynarodowego. Szemat ten jest wynikiem narad międzynarodowej Komisyi Statystycznej, która nad przedmiotem w mowie będącym odbywała narady w Paryżu roku 1900. Systemem tym, noszącym nazwę Bertillona, posługują się dotąd w Austryi tylko trzy miasta: Wiedeń, Praga i Tryest; poza granicami Austryi jest ten system powszechnie przyjęty. Jeżeli się nadto uwzględni, że sprawozdania krakowskie ukazują się po polsku i po francusku, jest oczywistem, że mogą one stanowić cenny materyał dla prac naukowych świata cywilizowanego.

Nowością, — a powiedzmy otwarcie, niespodzianką jest dla nas trzeci dział sprawozdań, odnoszący się do liczby, umiejscowienia i rodzaju chorób zakaźnych, panujących w Krakowie. Mamy wszelkie podstawy do twierdzenia, że na ten właśnie przedmiot miejscowe czynniki kompetentne inaczej dotąd się zapatrywały, aniżeli to ma miejsce na zachodzie Europy; a jeżeli w publikacyach miesięcznych krakowskiego Biura Statystycznego pojawiają się nareszcie daty, dla nas jako lekarzy najważniejsze, jesteśmy skłonni widzieć w tem początek zrywania ze szkodliwą i przestarzałą a tradycyjną metodą tajenia i »niestraszenia«. Mówiąc o tej rubryce sprawozdań, musimy zaznaczyć, że pożądanem jest, aby zczasem usunięto z nich kategoryę chorób zakaźnych w »Krakowie bez adresu«; nie świadczy bowiem dobrze o organizacyi sanitarnej miasta okoliczność, że w niem zdarzać się mogą przypadki chorób zakaźnych. . »bez adresu«!

Pod względem ekonomicznym doniosłe znaczenie mają dalsze działy sprawozdań statystycznych, jak dział 4-ty »O zmianach w stanie posiadania realności«, 5-ty »O zaopatrzeniu miasta w żywność« i 6-ty »O cenach najważniejszych artykułów spożywczych w Krakowie«.

Odnosimy wrażenie, że miesięczne sprawozdania statystyczne krakowskie są jednym z objawów »nowego kursu« w naszem mieście. To też zwracając na tę publikacyę szczególną uwagę wszystkich, którzy śledzą postępy w naszej administracyi, życzymy wydawnictwu powodzenia i uznania, na jakie istotnie zasługuje.

Kierownikiem Biura Statystycznego miejskiego jest Dr. Rudolf Sikorski.

* Ogólna liczba uczestników tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wrocławiu wyniosła półtrzecia tysiąca, a wśród niej znaleźli się przedstawiciele nauki ze wszystkich państw Europy, nadto ze Stanów Zjednoczonych północnej Ameryki i z Japonii. Z polskich lekarzy i przyrodników brali udział Dr. Gaszyński i Neugebauer z Warszawy, Prof. Wachholz i Doc. Horoszkiewicz z Krakowa, Dr. Zanietowski z Jaworza, Doc. Kučera i Doc. Wiczkowski ze Lwowa, oraz Prof. Niedźwiedzki ze Lwowa. Odczyty zapowiedzieli i wygłosili Dr. Gaszyński i Neugebauer w sekcyi ginekologicznej, oraz prof. Wachholz w sekcyi sądowo-lekarskiej W tej ostatniej sekcyi, zorganizowanej znakomicie przez prof. Lessera, brało udział około 30 wybitnych przedstawicieli tej gałęzi, między nimi 12 profesorów, t. j. 3 z Austryi, 1 z Węgier, oraz 8 z Niemiec. Na wniosek prof. Puppego z Królewca utworzono Towarzystwo sądowo-lekarskie, do którego w charakterze członków zwyczajnych zostali wybrani prof. Wachholz i Doc. Horoszkiewicz z Krakowa. Zaszczytnych ocen doznały prace doświadczalne, dokonane w krakowskim zakładzie medycyny sądowej, a to praca prof. Wachholza i Doc. Lembergera »Doświadczalne badania nad zaczadzeniem«, prof. Wachholza i Dr. Horoszkiewicza »O śmierci wskutek utonięcia«, wreszcie praca dokonana w zakładach anatomii patologicznej i medycyny sądowej przez Dr. Glińskiego i Doc. Horoszkiewicza »O zmianach mikroskopowych przy odpadaniu pępowiny i o ich znaczeniu sądowo-lekarskiem«.

* Wydział krajowy stanie przed Sejmem z kilku przedłożeniami, obchodzącemi bliżej szerszy ogół lekarzy: do tych zaliczamy projekt noweli do ustawy z d. 2 lutego 1891 r. o urządzeniu służby zdrowia w gminach i obszarach dworskich, oraz dotyczącej zaopatrywania wdów i sierót pozostałych po lekarzach okręgowych. Z przedłożeń administracyjnych wymienić należy: projekt nadania kilku nowym szpitalom prawa publiczności; 2) w sprawie gospodarki Komisyi klimatycznej w Zakopanem; 3) w sprawie urządzenia Zakładu prof. Bujwida dla szczepień ochronnych; 4) wybór miejsca pod zakład dla umysłowo chorych w Galicyi zachodniej.

* Cesarz zatwierdził wybór Dr. Ed. Krzyżanowskiego na wiceprezesa buczackiej Rady powiatowej.

* W Warszawie przy ul. Nowowiejskiej Nr. 28 otwarty został Dom Zdrowia Dr. Ludwika Dydyńskiego.

* „Petersb. medic. Wochenschrift“ donosi, że głównodowodzący armią rosyjską w Mandżuryi zawiadomił ministra wojny o wielkiem przepełnieniu szpitali chorymi i rannymi i że należy temu zapobiedz przez wydanie rozkazu zarządowi irkuckiego szpitala ewakuacyjnego, ażeby zabierał miesięcznie z Charbinu po 2000 chorych i rannych, w celu dalszego ich skierowania do Rosyi europejskiej.

* Ścisłe badania, przeprowadzone w Berlinie, przekonały, że książki w bibliotekach ludowych po dwurocznem wypożyczaniu są przepełnione jadowitymi prątkami gruźliczymi. Pomimo zdania Berhringa i innych powag, że za pośrednictwem książki nikt jeszcze nie dostał gruźlicy, zarząd bibliotek ludowych postanowił niszczyć wszystkie książki po dwuletniem ich używaniu, a na książkach ma być wydrukowane ostrzeżenie, by przy przewracaniu stronic nie śliniono palców.

* Donoszą nam z Abbazyi: *„Therapia-Palace“* w Cirkwenicy sprzedał Arcyksiążę Józef towarzystwu węgierskiemu. Z tego powodu Dr. Ebers zmuszony został zwinąć swoje sanatoryum, które miał w dzierżawie. Strata to dla polskiej publiczności, szukającej zdrowia na po-

ludniu w zakładzie polskim, tem przykrzejsza, że Dr. Ebers włożył tu istotnie cały swój zasób doświadczenia i nie szczędził bardzo znacznych kosztów, aby stworzyć wzorowy zakład wodoleczniczy polski. W chwili najpomyślniejszego rozwoju „Therapia-Palace“ przestaje istnieć w dotychczasowym swym charakterze, gdyż nowonabywcy zamierzają zrobić z niego sanatoryum dla dzieci gruźliczych i zołzowatych.

* Między 4 a 11 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jaworowskim, horodeńskim, śniatyńskim, stryjskim, złoczowskim (po 1 gminie) i turczańskim (2 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Janowski (Odessa), Dr. Łaszczenków (Tomsk) i Dr. Martynow (Moskwa) mianowani profesorami nadzwyczajnymi: pierwszy w szpitalnej klinice lekarskiej, drugi na katedrze higieny, trzeci — chirurgii. Docenci: Dr. Bremer i Dr. Levy mianowani zostali profesorami tytularnymi w Kopenhadze: pierwszy otyatryi, drugi ortopedyi. Dr. Angelucci mian. zwyczajnym profesorem okulistyki w Palermo. Dr Leersum — profesorem farmakologii w Amsterdamie. Docenci: Eröss (pedyatrya) i Terray (medycyna wewnętrzna) mianowani profesorami nadzwycz. w Peszcie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Jan Lubaszek, b. lekarz pułkowy, lat 35. — w Krakowie. Dr. Stefan Marynowski, lat 58, — w Zawierciu. Prof. Niels Finsen, wynalazca metody leczenia światłem, zmarł po długiej chorobie w Kopenhadze, licząc 43 lat życia Dr. Stanisław Kąkolewski, zmarł w Suwałkach, w 42 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Reichman: Przyczynek do statystyki chorych na raka. Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (c. d.) Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 38. Hertz: Sześć przypadków ciał obcych w drogach oddechowych. Maybaum: O wpływie żucia na wydzielanie soku żołądkowego.

Przegląd zdrojowy Nr. 12. Od Redakcyi: Niedźwiedzia przysługa. Skórczewski: Oddzielenie zdrojowiska Krynicy od gminy wiejskiej.

— *Kronika lekarska* Z. 18. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani (dok.). Wojciechowski: Leczenie przymiotu hermofenylem.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 38. Kneidl: Příspěvek ku statistice a aetiologii epilepsie v letech 1876 až 1900. Kopfstein: Kasuistika vzácných nádorů v chirurgii (c. d.). Kuffner. Několik případů aberrace sexualni.

— *La Presse médicale* Nr. 75. Roussel: Histerektomia całkowita drogą brzuszną z powodu włókniaków. Delucq i Alaux: Otyłość bolesna (choroba Dercuma). Remlinger: Puchlina podskórna w przebiegu czerwonki i zatrzymanie chlorków.

Nr. 76: Jeanselme: Trąd we Francyi i jej koloniach. Lop: Krwotok żołądkowo kiszkowy noworodków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38 Curschmann: O tężyczce rzekomej i o postaciach przejściowych między tężyczką istotną a histeryczną. Braeunig O połączeniu mięśniowem między przedsionkiem a komorą serca. Heydenreich: Rzeczywista wścieklizna, czy też wścieklizna przeobrażona przez szczepienie? Levy Dorn: Rakowiec na gruncie tocznia w przebiegu zastarzałej cukrzycy, wyleczony promieniami Röntgena Jadassohn: Choroby skórne. wywołane drogą krwi przez zakażenie i trucizny (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 38. Veit: O umknieniu dziurawienia czaszki żyjącego dziecka. Schmorl i Geipel: Gruźlica ludzkiego łożyska. Söllner: Przyczynek do bakteryologii trądzika pospolitego. Neumayer: O bronchoskopii. Kreuter: Uszkodzenie kiszki ślepej przez rozdęcie przy niedrożności kiszki grubej. Marx: Przypadek złamania trzeszczki. Durbacher: Przyczynek do etyologii ostrego zapalenia szpiku kostnego. Rumpf: Przyczynek do oceniania wartości sanatoryalnego leczenia chorób płucnych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Hueppe: Społeczna higiena gruźlicy. Zabel: Witki w żołądku. Jehle: Przyczynek kazuistyczny do gruźliczego zapalenia kręgów. Bayer: Przyczynek do leczenia łuszczycy pospolitej. Hay: Szczepienie w czerwonem świetle.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 39. Hürthle: Dzisiejszy stan i problemat nauki o ruchu krwi. Strümpell: Znaczenie badania czucia ze szczególnem uwzględnieniem zmysłu dotykania. Stern: O kamieniach płucnych. Mikulicz: Uwagi o szwie i materyale do szycia. Küstner: Jakie zachodzą zadania przy leczeniu zupełnego pęknięcia macicy. Bonhoeffer: Przyczynek do symptomatologii stanów zwyrodnienia. Uhthoff: Przyczynek do kazuistyki przerzutowego raka w ciele rzęskowem. Hinsberg: Powstawanie ropni móżdżka z ucha. Partsch: Zęby, jako wrota do wtargnięcia gruźlicy. Neisser: Moje doświadczenia nad przenoszeniem kiły na małpy (dok.). Schaper: Doświadczalne badania wpływu radu na zarodkowe i odrodcze postępy rozwoju.

Redakcya otrzymała. Rosner: Appendicitis w położnictwie i ginekologii.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 38 (od 18/IX do 24/IX) **urodziło** się dzieci: żywo: chł. 32, dz. 38; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 16, kob. 17; zamiejscowych: męż. 8, kob. 10.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1 obcych —. 2) gruźlica: miej. 8. ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 3. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —. ob. —. 7) płonica: miej. 1. ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 3. ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1. ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 11, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem** miej. 33, obcych 18

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.